



## Responsabilidades del paciente

Community Health Connect (CHC) es una organización de acceso a servicios de salud sin fines lucrativos. Hemos contactado a doctores, dentistas, y especialistas de salud mental locales que donan sus servicios para que se recupere y que se mantenga bien. No somos una compañía de seguro médico, ni un programa gubernamental de derechos adquiridos. Trabajamos como intercesores de los pacientes para coordinar la atención médica proporcionada por estos voluntarios dentro de la comunidad. CHC no paga por ningún servicio. Coordinamos atención médica donada o con descuento, y toda la atención debe ser previamente coordinada, excluyendo así servicios como visitas a la sala de emergencia y servicios de ambulancia. Actuaremos como defensores ayudando a reducir los costos médicos hasta donde sea posible, pero al final usted es responsable por su salud y los costos asociados. Sus responsabilidades dentro de este programa, los servicios disponibles, y otras condiciones pueden cambiar en cualquier momento. Nuestra asistencia puede ser terminada en cualquier momento por cualquier razón.

### POR FAVOR ESCRIBA SU INICIAL A LA IZQUIERDA PARA MOSTRAR QUE ENTIENDE CADA RESPONSABILIDAD:

- \_\_\_\_\_ Entiendo que CHC coordina servicios donados o con descuento, pero que a veces habrá facturas adicionales asociadas debido a servicios del laboratorio, instalación, anestesiología, y otros servicios y tarifas de diagnóstico, y que soy responsable de pagar por estos servicios. Entiendo que CHC actuará como un defensor para reducir todos los **costos relacionados con la atención médica** tanto como sea posible, pero que al final mi salud, atención médica, y las facturas asociadas son **mi responsabilidad**.
- \_\_\_\_\_ NO programaré citas con ningún proveedor de la red CHC (médico, dentista, clínica, u hospital) Todas las citas serán programadas por el coordinador de atención médica de CHC. Si el proveedor programa una visita de seguimiento, **notificaré de inmediato** a CHC. Entiendo que si tengo cualquier pregunta o duda sobre esta póliza, puedo hablar con mi coordinador de atención médica, y ellos revisarán cada pregunta o duda caso por caso.
- \_\_\_\_\_ Seré **responsable** de todos los **gastos** ocasionados por las visitas que no hayan sido programadas por el personal de CHC.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que si recibo alguna **factura** en relación con cualquier servicio prestado por la red de CHC, debo presentarla en la oficina de CHC en un plazo **una semana** a partir de su recepción si deseo recibir la asistencia de un coordinador de atención médica para solicitar un descuento o establecer un plan de pago.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que debo seguir el plan de tratamiento proporcionado por los proveedores de servicio de CHC. Y si decido no seguir este plan, no seré enviado a un proveedor alternativo, sino que seré sacado del programa. CHC no envía a los pacientes a pedir una "segunda opinión".
- \_\_\_\_\_ Proporcionaré sin demora, cualquier información médica, financiera o personal que pueda solicitar el programa. Si no proporciono la información solicitada en un plazo de 10 días, mi elegibilidad será denegada.
- \_\_\_\_\_ Solicitaré Medicaid u otros programas de asistencia social a petición de CHC.
- \_\_\_\_\_ Contactaré a CHC de inmediato si hay algún cambio en mis ingresos, o si paso a estar cubierto por Medicare, Medicaid, un seguro privado, u otro seguro médico o prestaciones médicas.
- \_\_\_\_\_ Me pondré en **contacto** con CHC de **inmediato** para comunicarle cualquier cambio de **dirección, número telefónico o ingresos** familiares.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que los proveedores de red están **DONANDO** sus servicios y me comportaré de manera apropiada mientras esté en su oficina, actuando de manera profesional y cortés, respetando el tiempo de los proveedores, su oficina, y su personal. Demostraré mi agradecimiento al proveedor por los servicios.
- \_\_\_\_\_ **Apagaré** mi teléfono celular durante la cita. Entiendo que el consultorio del proveedor no es una guardería y no traeré a menores sin supervisión a la oficina o a la instalación
- \_\_\_\_\_ Si no puedo hacer arreglos para llegar a una cita, llamaré al personal de CHC con 24 horas de anticipación y cancelaré la cita. En caso de cirugía, si hay cambio alguno, llamaré a CHC 72 horas antes de la cita para cancelar.
- \_\_\_\_\_ Si falto a alguna cita, me sacarán de todos los programas de CHC. Estoy consciente de que podré presentar mi caso a la gerencia de CHC, y si restablecen mi elegibilidad, se me requerirá que pague una multa de \$25 dólares.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable de **llegar a TODAS las citas programadas a tiempo**. Si llego tarde y la cita, y se tiene que reprogramar, entiendo que se contará como una cita perdida (ver arriba)
- \_\_\_\_\_ Entiendo que si pierdo la cita de una cirugía programada, me sacarán inmediatamente del programa.

Al firmar abajo, confirmo que entiendo y que estoy de acuerdo con las condiciones mencionadas, y que he recibido una copia de este formulario. Si no sigo las indicaciones anteriores, puedo ser dado de baja de CHC.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente, Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Sólo para uso de oficina**

Médico \_\_\_\_\_

Dental \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

**Solicitud de inscripción**

Favor de presentar lo siguiente junto con su solicitud completa:

- 1) **Comprobante de ingresos** (copia de su declaración de impuestos más reciente, el formulario W-2 o dos meses de talones de cheque de pago)
- 2) **Comprobante de domicilio** en el condado de Utah (contrato de arrendamiento, factura de servicios públicos, etc.)
- 3) **Derivación de un médico de atención primaria** para casos médicos indicando necesidad médica
- 4) **Cuota de afiliación no reembolsable de \$20 dólares** (elegibilidad por 6 meses; renovable según las necesidades pagando otra cuota)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Mensajes de texto? Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Estado laboral del paciente: Trabaja tiempo completo  trabaja medio tiempo  Desempleado  Jubilado  Discapacitado  Estudiante

Contacto alternativo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Persona responsable (si el paciente es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales del hogar \_\_\_\_\_ Número de personas que viven dentro del hogar: Adultos \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso:

Cantidad recibida al mes:

Ingresos laborales de la persona responsable (en bruto)	\$
Ingresos laborales del cónyuge (en bruto)	\$
Ingresos laborales de otros miembros del hogar (en bruto)	\$
Indemnización por accidente laboral, Seguridad de Ingreso Suplementario, Administración del Seguro Social, Desempleo, Discapacidad, Ingresos del Seguro	\$
Manutención de los hijos, pensión alimenticia, etc.	\$
Alojamiento recibido, comida, servicios públicos pagados por familiares, amigos, iglesia, etc.	\$
Otros: cupones de alimentos, programa para mujeres, bebés y niños (WIC) etc.	\$
<b>INGRESOS TOTALES DE TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR:</b>	<b>\$</b>

¿Tiene el solicitante seguro dental?

¿Tiene el solicitante seguro médico?

Sí  No  Si lo tiene, por favor provea el nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Sí  No  Si lo tiene, por favor provea el nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

¿Usted o sus hijos tienen CHIP, Medicaid o Red de Atención Médica Primaria? Si la respuesta es sí, favor de indicarlo

¿Ha solicitado alguna vez Medicaid o Medicare?

Anotar los nombres de las personas y tipo de cobertura Sí  No

Sí  No  Si la respuesta es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Información demográfica (opcional)**

¿Cómo se enteró el solicitante de Community Health Connect?

Clínica de atención voluntaria  Mountainlands  Enfermero(a) escolar  Clínicas de salud de Utah  Departamento de salud

Gappmeyer Clinic  Dixon Clinic  Nombre del doctor o dentista: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Identidad étnica:**

Afroamericano  Asiático  Caucásico  Hispano  Nativo Americano  Isleño del Pacífico

Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Nivel Educativo:**

Escuela Primaria  Escuela Secundaria  Universidad  Otro

¿Cuáles son los síntomas médicos, dentales o de salud mental específicos por los que está buscando tratamiento a través de Community Health Connect?

¿Ha recibido servicios de diagnóstico para esta necesidad en particular? (Radiografías, análisis de sangre, etc.) Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el nombre de la clínica? \_\_\_\_\_ Fecha/Tipo de Servicio: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete para sus citas médicas/dentales? Sí  No  Si la respuesta es sí, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_

**Declaración de Entendimiento**

Entiendo que esta solicitud se aceptará solamente si el solicitante cumple con los requisitos de elegibilidad. Autorizo la divulgación de cualquier información financiera, médica u otra información que se considere necesaria para Community Health Connect con el propósito de evaluar la elegibilidad. Al firmar este formulario, autorizo a CHC verificar la información proporcionada. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante, Padre o Tutor**

\_\_\_\_\_  
*(Relación con el paciente)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## Consentimiento y términos de aceptación del tratamiento

Al firmar a continuación, yo (**nombre impreso**) \_\_\_\_\_ acepto que, a cambio de recibir servicios médicos no remunerados, renuncio a mi derecho de demandar o buscar una compensación monetaria por negligencia profesional de Community Health Connect, sus empleados y voluntarios profesionales de atención médica, excepto por actos u omisiones que sean gravemente negligentes e intencionales, independientemente de dónde se realicen dichos servicios.

Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas o solicitar información adicional a Community Health Connect con respecto a esta declaración, y entiendo completamente los derechos a los que estoy renunciando.

Entiendo que esta renuncia se ha realizado con el propósito de cumplir con el código estatal de Utah anotado § 58-13-3, que me permite renunciar a mis derechos a cambio de recibir servicios no remunerados de atención médica.

Reconozco que he visto, leído, y comprendido que el Aviso de Limitación de Responsabilidad que aplica a Community Health Connect, sus empleados y los voluntarios profesionales de la atención médica.

Reconozco que CHC ni los proveedores de servicios de salud a quienes CHC me haya referido como resultado de exámenes o tratamientos, me han otorgado o garantizado ningún servicio, y que la inscripción en el programa puede ser terminada en cualquier momento.

**Para Pacientes, los Padres o los Tutores si los pacientes tienen menos de 18 años:** Este formulario me ha sido explicado, y certifico que entiendo su contenido y acepto los términos tal como se han indicado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante, Padre, o Tutor**

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

---

### Aviso de Prácticas de Privacidad

He leído y entiendo el *Aviso de Prácticas de Privacidad* y se me ha ofrecido una copia.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante, Padre, o Tutor**

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

---

### Acuerdo para cumplir con las responsabilidades del paciente.

He leído y comprendido el formulario de *responsabilidades del paciente* y he recibido una copia. Entiendo mis responsabilidades como paciente. Si no cumplo con mis responsabilidades, es posible que sea dado de baja de CHC.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante, Padre, o Tutor**

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Descripción de la información a ser compartida		
<p>El paciente identificado anteriormente autoriza la divulgación de toda la información médica protegida en cualquier forma (incluyendo oral, escrita y electrónica) a <b>Community Health Connect (CHC)</b> y la re-divulgación de los datos e información a sus agentes, coordinadores, médicos, hospitales, y las entidades y organizaciones especificadas a continuación. El paciente solicita expresamente que todas las entidades cubiertas bajo HIPAA divulguen toda la información protegida relacionada con el paciente por completo. Este incluye, pero no se limita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los registros médicos, incluyendo, pero no limitado a: tratamiento de hospitalización y sala de emergencias; todos los gráficos clínicos, informes, documentos, correspondencia, resultados de pruebas médicas, declaraciones, cuestionarios/historiales, informes de exámenes, notas manuscritas de consultorios y médicos, y registros recibidos de otros proveedores médicos.</li> <li>Todos los informes de laboratorio, histología, patología, tomografía computarizada, resonancia magnética, y ecocardiogramas</li> <li>Cada radiografía</li> <li>Todas las recetas y registros de farmacia</li> </ul>		
Institución que proporciona la información	Institución que recibe la información	

Community Health Connect	Departamento de Servicios Laborales División de Servicios Para Niños y Familias División de Servicios Para Individuos con Discapacidades UVU Clínica de Salud Mental Comunitaria BYU Clínica Comprensiva Salud Mental Latina Sydni Gibb/Melville Stables Programa de EAL Suncrest Counseling Mountainlands Centro de Salud Comunitaria Proveedores de Atención Primaria Médicos especialistas Proveedores de salud mental	Clínicas de salud de Utah Utah Valley Hospital Mountainview Hospital Timpanogos Hospital Centros Quirúrgicos Family Haven Distritos Escolares Departamento de Salud Estatal/Local (Incluye WIC) Proveedores de Tratamientos para el Abuso de Sustancias Proveedores Dentales Otro _____	The Greenhouse Revere Health
--------------------------	--	---	---------------------------------

Propósito para el uso o Divulgación de información
<p>Se solicita la divulgación de esta información con el propósito de obtener acceso a atención médica para aquellos que lo necesiten, y para continuar con la evaluación y tratamiento del paciente.</p>

Yo entiendo que:

- Autorizo el uso o divulgación de mi información de salud identificable según se describe anteriormente para el propósito indicado.
- Entiendo que la autorización es voluntaria
- Tengo el derecho de revocar esta autorización enviando un aviso de detención de esta autorización a Community Health Connect ubicado en 591 South State Street Provo, UT 84606. La autorización cesará en la fecha en que se reciba mi solicitud.
- Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que el Aviso de Practicas de Privacidad provee instrucciones en caso que yo revoque mi autorización.
- Entiendo que, una vez divulgada la información en esta autorización, el destinatario puede volver a divulgarla y, si lo hace, la información dejará de estar protegida por las normas de privacidad federales o estatales.
- Entiendo que tengo el derecho de no firmar la autorización.
- Entiendo que estoy firmando esta autorización voluntariamente y que el tratamiento, el pago, o la elegibilidad de mis beneficios no serán afectados si no firmo esta autorización. Las consecuencias de mi rechazo a firmar esta autorización serán que los registros de información personal, la facturación, u otra información confidencial no serán compartidos con otros asociados, y causará dificultades para que Community Health Connect continúe proveyendo tratamiento.
- Cualquier facsimil, copia o fotocopia de la autorización permite la divulgación de todos los registros aquí requeridos.

Firma del paciente, padre o tutor	Relación al paciente	Fecha
Community Health Connect 591 South State Street Provo, Utah 84606 (801) 818-3015 (fax) 818-3020		



## Ahora que ya que ha entregado su solicitud: ¿Qué sigue?

- Llame a su coordinador dentro de una semana después de entregar la solicitud. Podrán darle una estimación de cuánto tiempo su solicitud se quedará en las diferentes listas de espera.
- Una vez que esté en la lista médica de espera, el coordinador de atención médica se pondrá en contacto con usted cuando esté en el penúltimo lugar de la lista.
- En caso de cambiar su información (es decir- su dirección número de teléfono, o si hay un cambio en sus ingresos), por favor avísele a su coordinador lo más pronto posible.
- En caso de encontrar asistencia en otro lugar, por favor prosiga con ella. Favor de notificarnos para removerle de nuestras listas, dando así lugar a alguien más.
- Cada seis meses tendrá que brindarnos verificación de ingresos, inclusive cuando no haya recibido ningún tipo de servicio.

### Médico:

- Una vez que esté en la lista de espera, el coordinador de atención médica se pondrá en contacto con usted cuando esté en el siguiente lugar en la lista.
- **No nos hacemos cargo en situaciones de emergencia.** En caso de necesitar atención médica urgente por favor diríjase inmediatamente a la sala de emergencias.

### Dental:

- El próximo paso es asistir a la Clase de salud oral que ofrecemos una vez al mes el segundo lunes de cada mes a las 6:30pm. Solo se requiere ir a una clase y la clase dura media hora.
- *En caso de no llegar a tiempo, necesitará asistir a otra clase debido a la brevedad de cada sesión.*
- Después de asistir a la clase, su coordinador de atención médica se pondrá en contacto con usted para programar una limpieza y examen dental. Ellos realizarán un plan de tratamiento el cual será enviado a los dentistas eventualmente.
- **Su nombre no será añadido a la lista dental de espera hasta que haya cumplido con estos dos pasos.**
- Una vez que haya sido agregado a la lista de espera, puede chequearla de vez en cuando para verificar su turno en la lista. Tenga en mente que en caso de encontrar alguna otra alternativa para recibir cuidado dental, prosiga con eso.
- **No nos hacemos cargo en situaciones de emergencia.** En caso de encontrarse con dolor, su coordinador de atención médica podrá proveerle una lista de recursos dentales de bajo costo. Cualquier servicio recibido fuera de nuestro programa será pagado por el paciente mismo.

### Salud Mental:

- **No nos encargamos de situaciones de emergencia.** Si necesita atención inmediata:
  - Siempre llamar al 911 y pida por un EIC (Equipo de Intervención de Crisis).
  - Línea de Crisis para Utah: 1-800-273-TALK
  - Línea Nacional directa para la Prevención de Suicidios. 1-800-273-8255
  - Línea directa de Latino Behavioral Health Services (Servicios de Salud Mental para Hispanohablantes): (385) 495-2188
  - Línea de Crisis para Veteranos: llame al 1-800-273-TALK (8255) presione 1; o mande mensaje de texto al 838255
  - Línea de Texto de Crisis: mande la palabra 'Home' al 741-741
  - Línea de Apoyo Trevor para los Jóvenes LGBTQ: llame al 1-866-488-7386
  - Línea de apoyo para Transgéneros: llame al 1-877-565-8860

# Verificación de Residencia e Ingresos de 2023



UTAH COUNTY

Community Development



BLOCK GRANT

Favor de completar las secciones sombreadas de esta solicitud

---

Nombre de la persona dentro del programa que recibirá apoyo

---

Dirección Ciudad Código Número

Enumere cada miembro del hogar que vive en la casa (incluyéndose a usted):

	Nombre	Edad	Sexo	Raza ( <i>Blanco, Asiático, Indio Americano, Negro, Isleño del Pacífico</i> )	Etnia Hispano/Latino ( <i>Sí o No</i> )	Relación
1			M / F		S / N	
2			M / F		S / N	
3			M / F		S / N	
4			M / F		S / N	
5			M / F		S / N	
6			M / F		S / N	
7			M / F		S / N	
8			M / F		S / N	

\*Incluya a otros miembros del hogar al reverso de esta solicitud.

¿Es la cabeza de familia una mujer soltera?

S / N

¿Hay algún miembro de la familia con una discapacidad física o mental?

S / N

En caso afirmativo, favor de describir la discapacidad.

Nota: Toda la información dada en esta solicitud será guardada **CONFIDENCIALMENTE** y usado *solamente* para reportar estadísticas generales al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.

¿Cuántas personas hay en su hogar \_\_\_\_\_

**Ubique el número de integrantes de su hogar en la tabla de abajo, luego encierre con un círculo el ingreso anual SUPERIOR al suyo.**

<b>1</b>	\$20.850	\$34.700	\$55.550	Más de \$55.550
<b>2</b>	\$23.800	\$39.650	\$63.450	Más de \$63.450
<b>3</b>	\$26.800	\$44.600	\$71.400	Más de \$71.400
<b>4</b>	\$29.750	\$49.550	\$79.300	Más de \$79.300
<b>5</b>	\$32.150	\$53.500	\$85.650	Más de \$85.650
<b>6</b>	\$34.550	\$57.500	\$92.000	Más de \$92.000
<b>7</b>	\$36.900	\$61.450	\$98.350	Más de \$98.350
<b>8</b>	\$39.300	\$65.450	\$104.700	Más de \$104.700

*En algunos casos, puede ser que se requiera una copia de su formulario de Impuesto federal sobre la renta del último año o una copia de su comprobante de pago o algún otro tipo de prueba/verificación aprobada de sus ingresos.*

Entiendo/Entendemos que la autenticidad de la información proporcionada en este documento puede ser verificada para determinar la elegibilidad para participar en este programa financiado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. Puedo/podemos certificar según el conocimiento mío/nuestro que esta información es correcta y precisa. Los Administradores de este programa pueden confiar en esta información como confirmación de la elegibilidad de participación de mí/nuestra familia.

Formulario completado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre (escrito)

X

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha